

本研修制度の修了申請を行う医師(以下、申請者)は、下記の4点の書類をご用意ください。

①日医生涯教育認定証のコピー(修了申請時において認定期間内であるもの。)

②【別添1】日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

③【別添2】日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修受講報告書

④【別添3】日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修実施報告書

①



②

このフォームはサンプルです。 別添1

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

●●市医師会 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請します。

記入日【 年 月 日】

|                                                   |                          |         |
|---------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| 1. 医師会入会状況                                        | 1. 会員                    | 2. 非会員  |
| 2. 所属市区医師会名                                       | 医師会                      |         |
| 3. 氏 名                                            | (フリガナ)                   |         |
| 4. 医師登録番号                                         |                          |         |
| 5. 生年月日                                           | 〒 年 月 日生                 |         |
| 6. 医療機関名                                          | 〒                        |         |
| 7. 医療機関住所                                         |                          |         |
| 8. 医療機関電話・FAX 番号                                  | TEL ( )                  | FAX ( ) |
| 9. 業務の種別                                          | 1. 開業医・管理医 2. 勤務医 3. 研修医 |         |
| 10. 基本研修<br>(本研修制度の修了申請時において認定期間内である日医生涯教育認定証の有無) | 1. 有 2. 無                |         |
| 11. 応用研修 取得単位数                                    | 単位                       |         |
| 12. 実地研修 取得単位数<br>(1項目につき5単位)                     | 単位                       |         |

③

このフォームはサンプルです。 別添2

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書

|                 |        |   |   |   |  |
|-----------------|--------|---|---|---|--|
| 1. 氏 名          | (フリガナ) |   |   |   |  |
| 2. 生年月日         | 年      | 月 | 日 | 生 |  |
| 3. 医師登録番号による受講歴 | 有      | 無 | 無 | 無 |  |

■応用研修として本研修制度認定医療機関において10単位を取得する。  
同一名称の講義については最大2回まで単位としてカウントを認める。

受講証明書コピー等貼り付け欄

※「応用研修」の受講証明書、本研修制度の「関連する他の研修会」に該当する研修会の受講証明書が確認できるよう貼り付けてください。  
貼り付けができない場合は、本用紙にネジキス止めする等の方法で併せてください。

④

このフォームはサンプルです。 別添3

日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修 実施報告書

|         |        |   |   |   |  |
|---------|--------|---|---|---|--|
| 1. 氏 名  | (フリガナ) |   |   |   |  |
| 2. 生年月日 | 年      | 月 | 日 | 生 |  |

■実地研修として本研修制度修了申請時の前3年間に於いて下記項目より3項目以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

| 項 目                                      | 実施の有無(○を記載)、または<br>具体的な内容を記載してください。 |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 学校医・臨床・警察業務への協力医                      |                                     |
| 2. 臨床スポーツ医活動                             |                                     |
| 3. 感染症定点機関への協力                           |                                     |
| 4. 健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・予防接種の実施 |                                     |
| 5. 早稲・休日・夜間・救急診療の実施・協力                   |                                     |
| 6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施                   |                                     |
| 7. 訪問診療の実施                               |                                     |
| 8. 家庭等のレスパイトケアの実施                        |                                     |
| 10. 主治医意見書の記載                            |                                     |
| 11. 遠隔カンファレンスへの参加                        |                                     |
| 12. 地域ケア会議への参加(会議名は地域により異なる)             |                                     |
| 13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員              |                                     |
| 14. 看護学校等での講義・講義                         |                                     |
| 15. 市民を対象とした講座等での講演                      |                                     |
| 16. 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出席             |                                     |

※都道府県医師会により必要となる書類や書式が異なりますので、修了申請の際は医療機関所在地や  
ご所属の都道府県医師会にお問い合わせください。

【別添1】 修了申請書

氏名や医療機関名、各研修の取得単位数等を記入していただく申請書です。

このフォームはサンプルです。

別添 1

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

●●県医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請致します。

記入日【            年            月            日 】

|                                                   |                                                                      |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1. 医師会入会状況                                        | 1. 会員                      2. 非会員                                    |
| 2. 所属郡市区医師会名                                      | 医師会                                                                  |
| 3. 氏 名                                            | (フリガナ)                                                               |
| 4. 医籍登録番号                                         |                                                                      |
| 5. 生年月日                                           | T   S   H            年            月            日生                    |
| 6. 医療機関名                                          |                                                                      |
| 7. 医療機関住所                                         | 〒            -                                                       |
| 8. 医療機関電話・FAX 番号                                  | TEL: (            )            -<br>FAX: (            )            - |
| 9. 業務の種別                                          | 1. 開設者・管理者    2. 勤務医    3. 研修医                                       |
| 10. 基本研修<br>(本研修制度の修了申請時において認定期間内である日医生涯教育認定証の有無) | 1. 有                      2. 無                                       |
| 11. 応用研修 取得単位数                                    | _____ 単位                                                             |
| 12. 実地研修 取得単位数<br>(1 項目につき 5 単位)                  | _____ 単位                                                             |

【別添2】 応用研修 受講報告書

必要事項を記入の上、申請者が応用研修を受講した際の参加証のコピー等を当該報告書の貼り付け欄に添付してください。

貼り付け欄への添付が困難な場合は、参加証のコピー等を当該報告書にホチキス止めするなど、参加証のコピー等の有無が分かるように添付してください。

このフォームはサンプルです。

別添 2

日医かかりつけ医機能研修制度  
応用研修 受講報告書

|                |                                                       |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| 1. 氏 名         | (フリガナ)                                                |
| 2. 生年月日        | T S H 年 月 日生                                          |
| 3. 医師資格証による受講歴 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> |

■応用研修として本研修制度終了申請時の前3年間において10単位を取得する。  
同一名称の講義については最大2回まで単位としてカウントを認める。

受講証明書コピー等貼り付け欄

※「応用研修会」の受講証明や、本研修制度の「関連する他の研修会」に該当する研修会の受講証明が確認できるよう貼り付けてください。  
貼り付けができない場合は、本用紙にホチキス止めする等の方法で添付してください。

【別添3】 実地研修 実施報告書

申請者の自己申告により、当該活動の実施の有無等を記載していただきます。  
(当該活動を実施したことが確認できる書類等があるものについては、可能な限り併せて提出。)

■実地研修として本研修制度修了申請時の前3年間に於いて下記項目より2つ以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

| 項 目                                      | 実施の有無（○を記載）、または<br>具体的内容を記載してください。 |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 学校医・園医、警察業務への協力医                      |                                    |
| 2. 健康スポーツ医活動                             |                                    |
| 3. 感染症定点観測への協力                           |                                    |
| 4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施 |                                    |
| 5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力                   |                                    |
| 6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施                   |                                    |
| 7. 訪問診療の実施                               |                                    |
| 8. 家族等のレスパイトケアの実施                        |                                    |
| 10. 主治医意見書の記載                            |                                    |
| 11. 退院カンファレンスへの参加                        |                                    |
| 12. 地域ケア会議への参加（会議名は地域により異なる）             |                                    |
| 13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員              |                                    |
| 14. 看護学校等での講義・講演                         |                                    |
| 15. 市民を対象とした講座等での講演                      |                                    |
| 16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務             |                                    |

※ その他、「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として実施している活動があれば下記に記載してください。

17.

18.

19.

【郡市区医師会記入欄】（申請者が医師会会員の場合のみ）

申請者は「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として、上記記載の活動を規定の期間内に実施していることを認めます。

医師会名

会長名

申請者が医師会会員の場合、郡市区医師会において申請者の実地研修実施の有無を可能な限りご確認いただき、郡市区医師会長の署名による承認をお願いいたします。

# 【本研修制度を修了した医師の申請手順について】



医師会会員

## 郡市区医師会へ申請

### 【提出物】

- ①日医生涯教育認定証のコピー
- ②【別添1】修了申請書
- ③【別添2】応用研修受講報告書
- ④【別添3】実地研修実施報告書

## 郡市区医師会

- 会員による申請の受付。
- 実地研修を実施したか可能な限り確認。
- 提出物を確認の上、申請者を取りまとめ、郡市区医師会長の署名による承認の上、都道府県医師会へ報告。

※都道府県医師会による代行も可能。



医師会非会員

## 医療機関所在地の都道府県医師会へ申請

### 【提出物】

- ①日医生涯教育認定証のコピー
- ②【別添1】修了申請書
- ③【別添2】応用研修受講報告書
- ④【別添3】実地研修実施報告書

## 都道府県医師会

- 郡市区医師会が取りまとめた申請者（会員）の確認。
- 非会員による申請を受付け、面接による申請内容の確認。
- 理事会等における承認。
- 修了証書または認定証の発行。